

記入例

【様式1-表面】

平成30年度 福岡県相談支援従事者初任者研修 受講申込書 (指定相談支援事業所で相談支援専門員になる者用)

事務局確認欄
受付No

【必ずお読みください】

- ※申し込みは必ず事業所ごとにまとめておこなってください。
個人で申し込みをする場合は、⑥現勤務先欄に自宅住所、連絡先を記入の上、裏面の理由書欄を記入してください。
- ※受講申込書及び受講者推薦において、空欄や提出する書類に虚偽の内容が認められた場合は、受講申し込みを取り消し、今後申し込みを受付けない場合がありますので、正確にご記入ください。
- ※定員を超えての申し込みがあった場合は、別紙1の「相談支援従事者初任者研修の受講者選定に係る優先順位について」に基づき、福岡県と協議の上、選考をおこないます。
また、1事業所より複数名申し込みの場合は、人数上限を設ける場合がございますので、予めご了承くださいませようお願い申し上げます。

1 受講申込について

①希望するコース	主催	希望コースに○を付けてください。 複数申し込みは出来ません。		演習日程(3~5日目) 希望地区
	公益財団法人 総合健康推進財団	全日程コース	講義: 8/30(木)、8/31(金) 北九州: 9/13(木)、9/14(金)、10/26(金) 福岡: 9/26(水)、9/27(木)、11/2(金)	福岡・北九州 ※ご希望の地区で受講できる とは限りません。
		演習コース	北九州: 9/13(木)、9/14(金)、10/26(金) 福岡: 9/26(水)、9/27(木)、11/2(金)	福岡 北九州 ※ご希望の地区で受講できる とは限りません。
【講義のみ修了年度: 平成26年度】 ※相談支援従事者初任者研修の受講証明書の写しを添付してください				
②フリガナ	フクシ タロウ	④性別	⑤生年月日	
③受講者氏名	福祉 太郎	男・女	昭和・平成 58年 1月 1日	
⑥現勤務先情報	事業所名	相談支援事業所 ○○○○	サービス種類	相談支援、居宅介護、療養介護、生活介護、 短期入所、施設入所支援、自立訓練、GH、 就労移行、就労A型、就労B型、放課後等デイ、 障がい児入所支援、高齢者福祉サービス、 その他()
	所在地	〒812-0011 福岡市博多区博多駅前 ○丁目○-○ ○○ビル		
	電話番号	092-123-4567		対象としている 主な障がい者種別
⑦実務経験	・実務経験 合計 ⇒ 【 8 年 6 ヶ月】 ※平成31年3月末までの見込で記載			
	・相談支援専門員の要件となる実務経験を ⇒ 【 満たしている ・ 満たしていない 】			
	・実務経験を満たしている場合、「参考資料1」に該当する①~④を記載 ⇒ 【 ① 】			
	・主な勤務事業所名 ⇒ 【 精神保健福祉センター ○○○○ 】			
⑧相談支援事業所で相談支援専門員として従事開始する予定時期	平成 31 年 4 月 ・ 未定			
⑨事前課題	事前課題の条件で課題作成が ⇒ 【 できる ・ できない 】(事前課題の条件は別紙4-1参照)			
⑩備考	車いす使用 ※障がい等により、特別な措置が必要な方は お知らせください			

申込書の記入について

- ・受講者氏名、生年月日の記載内容に基づき、修了証書を作成します。お間違いの無いようご確認の上、楷書での記入をお願いします。
- ・必要事項の記入漏れ等の空欄や記入の誤りがある場合は、受付ができないことがございます。提出前に記入内容のご確認をお願い致します。

演習コースのみをお申し込みの方はH25年度以降に初任者研修を受講した際の「受講証明書の写し」を必ず添付してください。
H24年度以前の講義受講(受講証明書)は講義免除になりませんのでご注意ください。

実務経験を満たしている方は、『参考資料1』を確認し、①~④のいずれに該当するか記載してください。

※裏面もご記入の上、両面印刷またはホッチキスで留めてお申し込みください。
※空欄があると受付いたしません。必ず全てご記入ください。ご不明な点は記入例をご参照ください。

【様式1-裏面】

2 相談支援専門員として従事する予定の指定相談支援事業所について

従事予定事業所名	※指定申請予定又は申請予定時期未定の場合は仮称で可。		所在地	福岡市	事業種別 (複数可) ○をつける	1 指定特定相談支援
	(仮)相談支援事業所 △△					2 指定一般相談支援
実務経験確認書の有無	確認書あり ・ 確認書なし		※市町村から確認書を受ける場合は、市町村へ【様式3】の「実務経験の確認について(依頼)」を提出してください。 ※市町村から【様式3】の「実務経験確認書」を交付された方は、必ず添付してください。			
指定相談支援事業所の指定を受けた時期、又は指定相談支援事業所の指定申請予定時期	1 平成 年 月 指定済		2 平成 31年 10 月 指定申請予定			
		3 未定				

市町村が交付する実務経験確認書あり の方は必ず『様式3:確認書』を添付してください。

3 法人からの推薦について

次の者を指定特定相談支援事業所、指定一般相談支援事業所又は指定障がい児相談支援事業所の相談支援専門員として従事させるため、標記研修を受講させたいので推薦します。

法人所在地	〒 812-0011 福岡市中央区〇丁目〇-〇					
法人名称	社会福祉法人 〇〇会					
代表者	役職	理事長	氏名	福岡 太郎		
担当者	福祉 花子	電話番号	092-012-3456	FAX	092-987-6543	

受講申し込み者が所属する法人代表による推薦を行ってください。
(事業所管理者等による推薦は不可。)

※ただし、これから新たに法人を立ち上げ、相談支援事業所の指定を受ける場合は、送付状にその旨を記載の上、受講申込者個人の住所、氏名、私印、連絡先で申し込み可能です。

理由書	※配置予定の法人より推薦を得られない場合は、その理由を記入してください。					
受講者署名 _____ 印						

事業所推薦が受けられない場合は、理由を必ず記載してください。
例:すぐに従事予定は無いが、今後のために取得希望…等
個人での申し込みの場合は、優先順位が下位となります。
※別紙1「平成30年度相談支援従事者初任者研修の受講者選定に係る優先順位について」参照

同一事業所で、全日程コース、演習コースに複数名申込の場合は、優先順位を記入してください。	1 番目	3 人中
--	------	------

同一事業所より複数申し込みの場合は、優先順位を必ず記載してください。

【申し込み前の自己チェック】

- 申込書の記入欄に必要な事項を全て記入する ※記入漏れがあった場合、受け付けできない場合があります
- 申込書(表面、裏面)を両面印刷、もしくはホッチキスで留めて用意する
- 演習のみ(3日間)を希望する場合、講義のみ(1日目、2日目)の受講証明書を添付する
- 事業所が所在する市町村発行の実務経験確認書(様式3)を添付する ※交付者のみ
- 推薦欄に法人印を捺印する
- 「同一事業所内」での優先順位を記入する

申し込み前には必ず自己チェックをおこなってください。